

**Demande d'autorisation préalable**

DUPIXENT (dupilumab)

Directives

Veillez remplir la Partie A, puis faire remplir la Partie B par votre médecin. Le fait de remplir et de soumettre le présent formulaire ne garantit en rien que la demande d'autorisation préalable sera approuvée. Tous les frais exigés pour remplir le présent formulaire incombent au participant. Les médicaments soumis au Programme d'autorisation préalable ne peuvent être remboursés que si le patient n'est pas admissible à un remboursement au titre d'un autre régime ou d'un régime provincial d'assurance médicaments et que si le patient utilise le médicament dans le cadre d'une indication approuvée par Santé Canada. Les critères relatifs aux médicaments d'exception de la RAMQ pourraient s'appliquer au Québec. L'approbation ou le refus de la demande repose sur des critères cliniques établis en fonction des renseignements sur les indications approuvées par Santé Canada et sur des protocoles cliniques factuels. Le participant sera avisé si sa demande a été approuvée ou refusée. Veuillez noter que vous avez le droit d'en appeler de la décision rendue par Express Scripts Canada.

Partie A – Patient**Renseignements sur le patient**

Prénom :		Nom :	
Nom ou numéro de l'assureur :			
Numéro de groupe :		Numéro de certificat :	
Date de naissance (AAAA-MM-JJ) :		Statut dans le cadre du régime : <input type="checkbox"/> Participant <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Personne à charge	
Langue : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais		Sexe : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	
Adresse :			
Ville :		Province :	Code postal :
Adresse courriel :			
Téléphone (domicile) :		Téléphone (cellulaire) :	Téléphone (travail) :

Coordination des prestations

Programme de soutien aux patients	Le patient est-il inscrit à un programme de soutien aux patients? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Personne-ressource : _____ Télécopieur : _____
Couverture par le régime provincial	Le patient a-t-il demandé le remboursement du médicament dans le cadre d'un régime d'assurance médicaments provincial? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S. O. Quelle est la décision du régime relativement à la couverture du médicament? <input type="checkbox"/> Médicament couvert <input type="checkbox"/> Médicament non couvert *Joindre la lettre faisant état de la décision*
Couverture par un autre régime (premier payeur)	Le patient a-t-il demandé le remboursement du médicament dans le cadre d'un autre régime? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S. O. Quelle est la décision du régime relativement à la couverture du médicament? <input type="checkbox"/> Médicament couvert <input type="checkbox"/> Médicament non couvert *Joindre la lettre faisant état de la décision*

Autorisation

En mon nom et au nom des personnes à ma charge admissibles, j'autorise le promoteur de mon régime d'assurance médicaments et ses agents à échanger les renseignements personnels contenus sur le présent formulaire. Je comprends que ces renseignements ne seront utilisés qu'aux fins d'administration et de gestion de mon régime d'assurance médicaments. Ce consentement demeurera valide aussi longtemps que les personnes à ma charge et moi-même serons couverts par le contrat d'assurance collective ou que nous serons admissibles à un remboursement dans le cadre dudit contrat, ou de ses modifications éventuelles, de son renouvellement ou de sa remise en vigueur.

Signature du participant_____
Date



Demande d'autorisation préalable

DUPIXENT (dupilumab)

Partie B – Médecin prescripteur

Veuillez lire les directives à la page 1 et remplir toutes les sections ci-dessous. La demande sera rejetée si des champs sont laissés vides. Veuillez **ne pas** fournir les résultats de tests génétiques.

SECTION 1 – MÉDICAMENT VISÉ PAR L'AUTORISATION PRÉALABLE

DUPIXENT (dupilumab) <input type="checkbox"/> Première demande <input type="checkbox"/> Renouvellement *			
Posologie	Voie d'administration (p. ex., orale, intraveineuse)	Fréquence	Durée du traitement
Où le médicament sera-t-il administré?			
<input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Bureau du médecin / clinique de perfusion <input type="checkbox"/> Hôpital (patient externe) <input type="checkbox"/> Hôpital (patient hospitalisé)			

* Veuillez fournir une preuve de la couverture antérieure du médicament, si elle est accessible.

SECTION 2 – CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

1. Veuillez indiquer si les critères ci-dessous sont respectés :

Dermatite atopique

PREMIÈRE DEMANDE

- Traitement de la dermatite atopique modérée à sévère. ET
- Le patient est âgé d'au moins 6 mois. ET
- Le pourcentage de la surface corporelle affectée est d'au moins 10 %, ou le visage, les mains, les pieds ou la zone génitale sont touchés par la maladie. ET
- Le patient a obtenu un score de 3 ou plus à l'échelle d'évaluation globale réalisée par l'investigateur (IGA, *Investigator's Global Assessment*). ET
- Le patient a obtenu un score EASI (*Eczema Area Severity Index*/Indice d'étendue et de gravité de l'eczéma) de 16 ou plus. ET
- Le patient a présenté une réponse insuffisante ou une intolérance à au moins 2 corticostéroïdes topiques puissants ou inhibiteurs topiques de la calcineurine. *Veuillez indiquer les médicaments déjà essayés dans le tableau ci-dessous.* ET
- Le patient, s'il est d'âge adulte, a présenté une réponse insuffisante ou une intolérance à un traitement à action générale. *Veuillez indiquer les médicaments déjà essayés dans le tableau ci-dessous.*

RENOUVELLEMENT

- Le patient a obtenu une amélioration d'au moins 75 % du score EASI par rapport au début du traitement. Veuillez indiquer ci-dessous le score du patient au début du traitement ainsi que son score actuel.

DÉBUT DU TRAITEMENT		ACTUELLEMENT	
Date (AAAA-MM-JJ)	Score EASI	Date (AAAA-MM-JJ)	Score EASI



Demande d'autorisation préalable

DUPIXENT (dupilumab)

Asthme sévère de type 2/phénotype éosinophilique

PREMIÈRE DEMANDE

- Traitement d'entretien d'appoint de l'asthme sévère de type 2/phénotype éosinophilique. ET
- Le patient est âgé d'au moins 6 ans. ET
- L'asthme du patient n'est pas bien maîtrisé malgré l'administration de corticostéroïdes pour inhalation en doses élevées et d'un ou de plusieurs autres antiasthmatiques d'appoint (p. ex., bêta₂-agoniste à longue durée d'action). *Veillez indiquer les médicaments déjà essayés dans le tableau ci-dessous.* ET
- Le nombre d'éosinophiles dans la circulation sanguine du patient est d'au moins 150 cellules/mm³. Veuillez indiquer le nombre d'éosinophiles dans la circulation sanguine du patient (cellules/mm³) dans le tableau ci-dessous. ET

Date (AAAA-MM-JJ)	Nombre d'éosinophiles dans la circulation sanguine du patient (cellules/mm ³)

- Le volume expiratoire maximal par seconde (VEMS) est inférieur à 80 % du volume normal chez le patient adulte ou est inférieur ou égal à 90 % du volume normal chez le patient adolescent. Veuillez indiquer le volume expiratoire maximal par seconde du patient dans le tableau ci-dessous.

Date (AAAA-MM-JJ)	VEMS

RENOUVELLEMENT

- L'état clinique du patient s'est amélioré par rapport au début du traitement (p. ex., réduction du nombre d'exacerbations de l'asthme, diminution du recours aux médicaments de secours).

Asthme nécessitant la prise de corticostéroïdes

PREMIÈRE DEMANDE

- Traitement d'entretien de l'asthme sévère nécessitant la prise de corticostéroïdes. ET
- Le patient est âgé d'au moins 6 ans. ET
- Le patient a été traité quotidiennement par un corticostéroïde par voie orale pendant au moins 6 mois. *Veillez indiquer les médicaments déjà essayés dans le tableau ci-dessous.* ET
- L'asthme du patient n'est pas bien maîtrisé malgré l'administration de corticostéroïdes pour inhalation en doses élevées et d'un ou de plusieurs autres antiasthmatiques d'appoint (p. ex., bêta₂-agoniste à longue durée d'action). *Veillez indiquer les médicaments déjà essayés dans le tableau ci-dessous.*

RENOUVELLEMENT

- L'état clinique du patient s'est amélioré par rapport au début du traitement (p. ex., réduction du nombre d'exacerbations de l'asthme, diminution de l'utilisation quotidienne de corticostéroïdes oraux, diminution du recours aux médicaments de secours).



Demande d'autorisation préalable

DUPIXENT (dupilumab)

Rhinosinusite chronique avec polypes nasaux

PREMIÈRE DEMANDE

- Traitement de la rhinosinusite chronique sévère avec polypes nasaux chez l'adulte. ET
- Le patient a obtenu un score NPS (*Nasal polyp score*) de 5 ou plus. ET
- Le patient a obtenu un score de congestion nasale de 2 ou plus. ET
- Le patient a subi une chirurgie sinusienne. OU
- Le patient a présenté une réponse insuffisante ou une intolérance à au moins 2 corticostéroïdes administrés par voie nasale et à un corticostéroïde administré par voie orale. *Veillez indiquer les médicaments déjà essayés dans le tableau ci-dessous.*

RENOUVELLEMENT

- L'état clinique du patient s'est amélioré par rapport au début du traitement (p. ex., réduction de la taille des polypes nasaux, diminution de la congestion nasale, réduction du besoin de prendre des corticostéroïdes à action générale).

Œsophagite à éosinophiles

PREMIÈRE DEMANDE

- Traitement de l'œsophagite à éosinophiles. ET
- Le patient est âgé d'au moins 12 ans. ET
- Le patient pèse au moins 40 kg. ET
- Le patient a obtenu un diagnostic d'œsophagite à éosinophiles confirmé au moyen d'une biopsie endoscopique démontrant au moins 15 éosinophiles intraépithéliaux par champ à fort grossissement. ET
- Le patient a obtenu un score de 10 ou plus dans le questionnaire sur les symptômes de dysphagie. ET
- Le patient a présenté une réponse insuffisante ou une intolérance après un traitement d'au moins 8 semaines par un inhibiteur de la pompe à protons en doses élevées ou après un traitement par un glucocorticoïde topique. *Veillez indiquer les médicaments déjà essayés dans le tableau ci-dessous.*

RENOUVELLEMENT

- L'état clinique du patient s'est amélioré par rapport au début du traitement (p. ex., réduction du nombre d'éosinophiles intraépithéliaux, diminution du score dans le questionnaire sur les symptômes de dysphagie).

Prurigo nodulaire

- Traitement du prurigo nodulaire de sévérité modérée à élevée chez l'adulte. ET
- Le patient a obtenu un score WI-NRS (*Worst-Itch Numeric Rating Scale*) de 7 ou plus sur une échelle de 0 à 10. ET
- Le patient présente au moins 20 lésions nodulaires. ET
- Le patient a présenté une réponse insuffisante ou une intolérance aux corticostéroïdes topiques de puissance moyenne à très élevée. *Veillez indiquer les médicaments déjà essayés dans le tableau ci-dessous.*



Demande d'autorisation préalable

DUPIXENT (dupilumab)

OU

Aucun des critères ci-dessus ne s'applique.

Renseignements additionnels pertinents :

2. Médicaments déjà essayés

Médicament	Posologie et voie d'administration	Durée du traitement		Raison de la cessation du traitement	
		Du	Au	Réponse inadéquate	Allergie ou intolérance
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECTION 3 – RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom du médecin :	
Adresse :	
Téléphone :	Télécopieur :
N° de permis d'exercice :	Spécialité :
Signature du médecin :	Date :

Veillez télécopier ou poster le formulaire dûment rempli à Express Scripts Canada^{MD}

Télécopieur :
Services cliniques d'Express Scripts Canada
1 855 712-6329

Poste :
Services cliniques d'Express Scripts Canada
5770, rue Hurontario, 10^e étage
Mississauga, ON L5R 3G5